

M 226

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CEFALÉIA EM AMBULATÓRIO DE
NEUROLOGIA**

**AUTORES: ANDRÉ MARQUES VIEIRA
RODRIGO C. CASTRO FARIA**

FLORIANÓPOLIS , 26 DE NOVEMBRO DE 1990

Dr. Paulo Sá.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CEFALÉIA EM AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA

AUTORES: ANDRÉ MARQUES VIEIRA *
RODRIGO C. CASTRO FARIA *

* DOUTORANDOS DA 12ª FASE DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA " UFSC "I'

ORIENTADOR: Dr. PAULO MATTOSINHO

FLORIANÓPOLIS, 26 DE NOVEMBRO DE 1990

NOSSOS AGRADECIMENTOS

Ao Dr. PAULO MATTOSINHO

Neurologista do Hospital Uni-
versitário da Universidade Fe-
deral de Santa Catarina.

Cuja orientação e amizade foi
de grande valor para realiza-
ção deste trabalho.

NOSSO RECONHECIMENTO

A minha esposa e a meus pais
que sempre me incentivaram,
compreenderam e ajudaram a
ser vitorioso nesta etapa de
minha vida.

André Marques Vieira

A minha namorada pelo incen-
tivo e compreensão neste mo-
mento difícil...

Rodrigo C.C.Faria

ÍNDICE

RESUMO.....	05
SUMMARY.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	08
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	25
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	35

RESUMO

Foram estudados 38 pacientes que procuraram o ambulatório de neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de agosto a outubro de 1990, com queixa principal de cefaléia, vistos pela primeira vez neste ambulatório. o estudo dos pacientes foi descritivo e prospectivo, seguindo um protocolo de investigação.

Foram selecionados para estudo 36 pacientes , sendo o diagnóstico mais frequente o de enxaqueca (47,22%, 17 casos),seguido de cefaléia tenso-vascular (27,78%, 10 casos).

A maioria dos pacientes (86,11%, 31 casos) apresentava seus sintomas com anos de evolução.

O fator mais importante para o diagnóstico foi a história clínica, sendo a investigação complementar confirmatória do diagnóstico em apenas um caso.

SUMMARY

It was studied 38 patients that looked for the neurology out-patient unit of Federal University of Santa Catarina from august to october 1990, with the main complaint of headache. They were seen by the first time in this unit. The study was descriptive and prospective, following an investigation protocol.

Thirty patients were selected, being migraine the most frequent diagnosis (17 cases - 47.22%), followed by tension vascular headache.

The majority of patients (86.11% - 31 cases) presented years of evolution of their symptoms.

The clinical history was the most important factor for the diagnosis, and the complementary investigation was used only once to confirm the diagnosis.

INTRODUÇÃO

A cefaléia é um dos sintomas dolorosos mais frequentes , sendo a nona causa de procura médica (7).

Sabendo da importância da cabeça para a saúde e bem estar, a cefaléia causa grande ansiedade na população que frequentemente acredita estar sofrendo de uma patologia de consequências graves, comumente exagerando a intensidade da dor e dificultando a avaliação do médico assistente.

As causas de cefaléia são variadas e extensas, algumas vezes decorrentes de patologias graves como tumores e infecções do sistema nervoso central. No entanto como se confirma na prática clínica diária, na grande maioria dos casos trata-se de um sintoma benigno, atestado por exemplo pela frequência de enxaqueca que é estimada em torno de 10 a 20% da população (2).

O diagnóstico de cefaléia apóia-se basicamente nas informações colhidas com o paciente, sendo necessária uma investigação sofisticada como por exemplo a tomografia computadorizada de crânio (TCC), apenas ocasionalmente (2).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este é um trabalho descritivo e prospectivo realizado no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) no período de 15 de agosto a 15 de outubro de 1990.

A população estudada foi composta por pacientes com queixa principal de cefaléia. O critério de seleção foi a escolha de pacientes com esta queixa pela primeira vez neste ambulatório, através de uma seleção sistemática de um dia predeterminado da semana, interrogados e examinados pelos autores com supervisão.

Os dados foram colhidos através de um protocolo (ANEXO 2), incluindo anamnese detalhada e dirigida para os quadros mais frequentes de cefaléia, caracterizando tempo de evolução, localização, característica, duração e frequência da dor, sintomas gerais e neurológicos associados, fatores precipitantes e agravantes da cefaléia, história familiar e mórbida pregressa, exame físico geral e neurológico, incluindo fundoscopia bilateral, avaliação sumária do estado mental e afetivo. Seguiu-se uma investigação de exames complementares que incluíram hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), glicemia de jejum, creatinina plasmática, exame parcial de urina, radiografias simples em perfil e ântero-posterior de crânio, seios da face, coluna cervical, do tórax em postero-ânterior, e eletroencefalograma (EEG).

Após a análise dos dados foi proposto um diagnóstico de acordo com o Comitê de Classificação de Cefaléia da Sociedade Internacional de Cefaléia (5), onde adaptamos da seguinte forma (ANEXO 1) :

- Enxaqueca comum (sem aura);
- Enxaqueca clássica (com aura);
- Enxaqueca vértebro-basilar;
- Outras variantes de enxaqueca;
- Cefaléia de tensão;
- Cefaléia tenso-vascular;
- Cefaléia com infeccão ;
- Cefaléia pós traumatismo crânio-encefálico;
- Cefaléia com alteração estrutural do SNC;
- Cluster;
- Hemicrania crônica paroxística (HCP).

Quando necessário uma investigação mais sofisticada foi realizada.

Os dados colhidos foram posteriormente codificados, inseridos em um computador Macintosh SE, analisados estatisticamente pelos programas Statsview 1.1 e Statswork.

O objetivo principal deste trabalho foi investigar as causas de cefaléia nos pacientes que procuraram este ambulatório num período de 2 meses.

RESULTADOS

Foram entrevistados 38 pacientes, sendo excluídos dois, o primeiro em razão da entrevista inadequada e um outro por apresentar um quadro de hemorragia subaracnóide ocorrida dois meses antes e tratada cirurgicamente.

Na Tabela I observa-se a distribuição segundo a faixa etária. O sexo feminino foi predominante com 23 pacientes (63,89%) sobre o masculino com 13 pacientes (36,11%).

Tabela I - Cefaléia - 36 casos *

Distribuição segundo faixa etária

IDADE (anos)	Nº	%
menos de 20	7	19,44
20 a 39	15	41,67
40 a 50	8	22,22
acima de 50	6	16,67

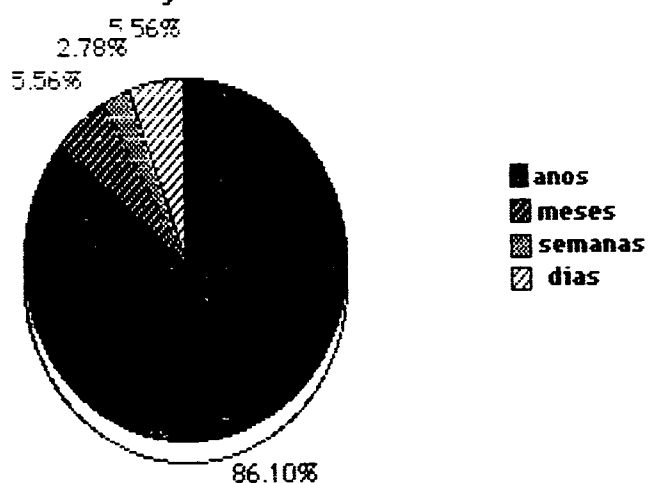
* Hospital Universitário UFSC

Fpolis-SC agosto/1990 a outubro 1990.

Gráfico I

Tempo de evolução

**tempo de evolução
da cefaléia**



O tempo de evolução da cefaléia está demonstrado na no Gráfico I.

Quanto a atividade profissional encontramos 11 donas de casa (30,56%), 10 pacientes (27,78%) prestam serviços gerais, 10 (27,78%) prestam serviços braçais e 5 (13.89%) são estudantes.

A localização da dor está explícita na Tabela II; foi considerada localização difusa quando o paciente tinha dor em várias localizações ao mesmo tempo.

Tabela II - Cefaléia - 36 casos *

Localização da dor

LOCALIZAÇÃO DOR	Nº	%
difusa	12	33,33
frontal	09	25,00
hemicrania	09	25,00
ocular	04	11,11
occipital	02	5,56

* HU - UFSC agosto a outubro/1990.

A Tabela III nos mostra a característica da dor, sendo considerado dor incharacterística quando o paciente apresentava dificuldades em descrever a dor, e mais de uma característica quando apresentava várias características associadas.

Tabela III - Cefaléia - 36 casos *

Característica da dor

CARACTERÍSTICA DOR	Nº	%
latejante	18	50,00
mais de uma característica	05	13,89
fisgada	03	8,33
peso	03	8,33
incharacterística	03	8,33
aperto	02	5,56
ferrada	02	5,56

* HU - UFSC agosto a outubro/1990

Vinte e nove pacientes (80,56%) relataram que suas dores eram em crises e sete pacientes (19,44%) apresentavam dor contínua, como está demonstrado no Gráfico II.

perfil temporal da cefaleia

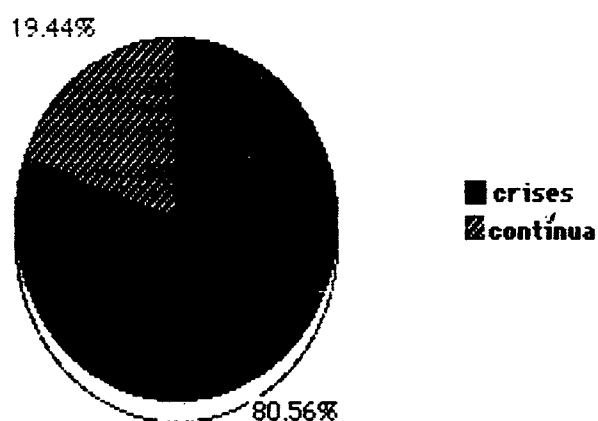


Gráfico II

Perfil temporal da cefaléia

Dos pacientes que apresentavam crises, em 18 pacientes (62,07%) a crise durava horas, em seis (20,69%) durava minutos e em cinco (17,24%) durava dias. A frequência das crises foi semanal em 10 pacientes (34,48%), diária em 8 pacientes (27,59%), mensal em sete (24,14%), semestral em um (3,45%) e anual em um (3,45%). Dois pacientes não souberam precisar a frequência de suas crises.

Os sintomas associados ao quadro de cefaléia está demonstrado na Tabela IV, sendo a associação de vários sintomas muito frequente.

Tabela IV - Cefaléia - 36 casos *

Sintomas associados

SINTOMAS ASSOCIADOS	Nº DE PACIENTES
tonteira	21
fotofobia	18
fonofobia	17
náuseas	17
irritação visual	14
calor na cabeça	12
vômitos	10
febre	02
sem sintomas	02

* HU - UFSC agosto a outubro/1990.

A presença de sintomas neurológicos associados ao quadro de cefaléia ocorreu em 16 pacientes (44,44%), sendo que destes, 8 pacientes (50%) os apresentavam durante a crise, quatro (25%) precedia a crise, e dois (12,5%) após a crise.

Os sintomas neurológicos encontrados foram turvação visual em 10 pacientes (27,78%), parestesia em sete (19,44%), desmaio em tres (8,33%), hemianopsia em dois (5,56%), diplopia em dois (5,56%), escotomas em um (2,78%), e confusão mental em um (2,78%). A associação destes sintomas ocorreu em 10 pacientes.

Foi observado que em 24 pacientes (66,67%) as crises apresentavam algum fator precipitante, sendo os mais frequentes a tensão e ansiedade, em 15 pacientes (41,67%). Ocorreram também cefaléias desencadeadas por falta de sono em 9 pacientes (25%), sono em excesso em cinco pacientes (13,89%), pelo uso de bebidas alcoólicas em tres pacientes (8,33%), por exercícios em tres (8,33%), e decorrente da alimentação em dois pacientes (5,56%). A associação destes fatores ocorreu em 11 pacientes (30,55%).

A Tabela V nos mostra os fatores que agravaram a cefaléia nos pacientes estudados.

Tabela V - Cefaléia - 36 casos *

Fatores agravantes

FATORES AGRAVANTES	Nº	%
barulho e luz	16	44,44
barulho	9	25,00
luz	2	5,56
nenhum fator	9	25,00

* HU - UFSC agosto a outubro/1990

Na Tabela VI podemos observar a associação de outras patologias nos pacientes estudados.

Tabela VI - Cefaléia - 36 casos *

Patologias associadas

PATOLOGIAS ASSOCIADAS	Nº	%
hipertensão (HAS)	1	2,78
cardiopatía	1	2,78
ansiedade	5	13,89
depressão	3	8,33
epilepsia e HAS	1	2,78
ansiedade e HAS	3	8,33
ansiedade , HAS e depressão	1	2,78
sem patologias associadas	17	47,22
outras patologias	4	11,11

* HU - UFSC agosto a outubro/1990.

A presença de patologias passadas está demonstrada na Tabela VII.

Tabela VII - Cefaléia - 36 casos *

Patologias passadas

PATOLOGIAS PASSADAS	Nº	%
meningite	2	5,56
traumatismo craniano	1	2,78
doença cérebro vascular	1	2,78
epilepsia	1	2,78
outras patologias	5	13,89
nenhuma	26	72,22

* HU - UFSC agosto a outubro/1990.

A presença de história familiar de cefaléia ocorreu em vinte e tres pacientes (63,89%), 13 pacientes (36,11%) não a apresentavam.

Durante o exame físico foi realizada medição da pressão arterial (PA) em todos os pacientes, 23 pacientes (63,89%) encontravam-se normotensos (PA diastólica abaixo de 90 mmHg), oito pacientes (22,22%) apresentavam PA diastólica variando na faixa de 90 a 104 mmHg e cinco pacientes (13,89%) apresentavam PA diastólica variando na faixa de 105 a 114 mmHg.

Todos os pacientes apresentavam-se lúcidos, com memória e julgamento normais. A afeição era normal em 29 pacientes (80,56%), quatro (11,11%) se encontravam deprimidos, dois (5,56%) estavam ansiosos e um paciente estava apático (2,78%).

O exame neurológico foi normal em 33 pacientes (91,66%), e apresentou alteração em 3 pacientes, dois apresentavam síndrome de Horner (miose, ptose e enoftalmia), e um outro hemiparesia a direita, decorrente de acidente vascular cerebral há dois anos. A fundoscopia foi normal em 100% dos casos.

A investigação radiológica foi normal em 21 pacientes (58,33%), sendo o Rx de crânio normal em 35 pacientes. Oito pacientes (22,22%) apresentaram alterações no Rx dos seios da face, sendo que destes, quatro apresentavam espessamento mucoso, um tinha velamento do seio maxilar, e um outro apresentava velamento e espessamento do seio maxilar devido sinusiopatia aguda. Quatro (11,11%) apresentaram alterações degenerativas de coluna cervical, e dois pacientes apresentavam associadas anormalidades no Rx de seios da face e de coluna cervical, sendo que um apresentava uma alteração degenerativa da coluna cervical associada a um cisto de retenção no Rx de seios da face, e um outro apresentava alteração degenerativa na coluna cervical associada a um espessamento e velamento do seio maxilar direito. Apenas um paciente não realizou investigação radiológica, apesar desta ter sido solicitada e um paciente necessitou a realização de tomografia computadorizada de crânio.

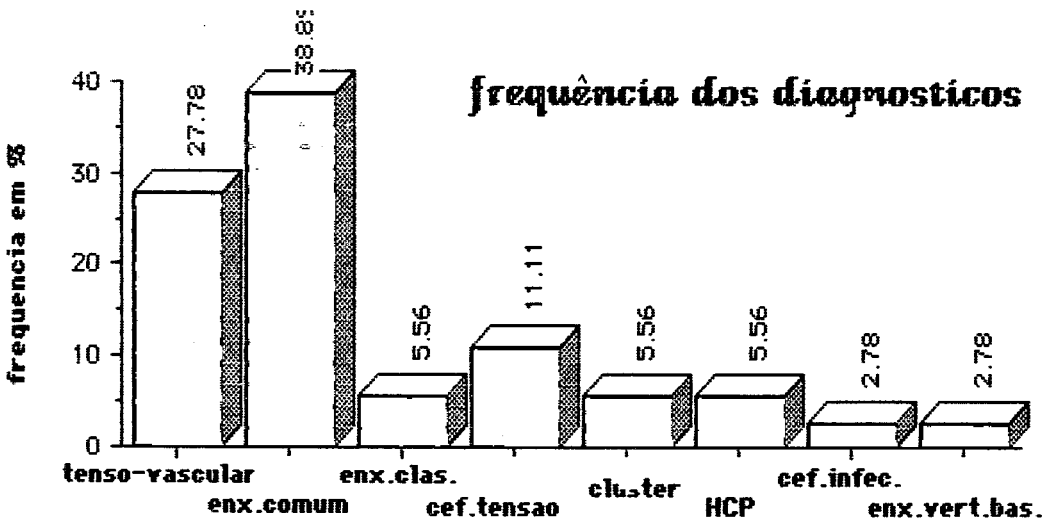
O eletroencefalograma (EEG) foi solicitado em todos os pacientes , apresentando-se normal em 26 pacientes (72,22%), irritativo focal em cinco (13,89%), desorganizado em dois (5,56%), irritativo generalizado em um paciente (2,77%) e dois pacientes não realizaram este exame.

O hemograma não apresentou alterações em 30 pacientes (83,33%),e apresentou leucocitose em quatro (11,11%).

Os exames bioquímicos (uréia, creatinina e glicemia) foram normais em 33 pacientes (91,66%). O parcial de urina não apresentou alterações em 27 pacientes (75%) e seis pacientes apresentaram leucocitúria (16,66%). Tres pacientes não realizaram hemograma, bioquímica e parcial de urina.

De acordo com os dados obtidos através da anamnese, exame físico, exame neurológico e exames complementares, utilizando a classificação do Comitê Internacional de Cefaléia , podemos enquadrar os pacientes estudados nos tipos de cefaléia demonstrados no Gráfico III, onde 38,89% dos pacientes (14 casos) receberam como diagnóstico enxaqueca comum, 27,78% (10 casos) apresentavam cefaléia tenso-vascular, 11,11% (4 casos) cefaléia de tensão , seguidos pelas formas menos frequentes de cefaléia.

Gráfico III
Frequência dos diagnósticos



Tendo definido o diagnóstico, podemos demonstrar a relação da localização com o diagnóstico, no Gráfico IV.

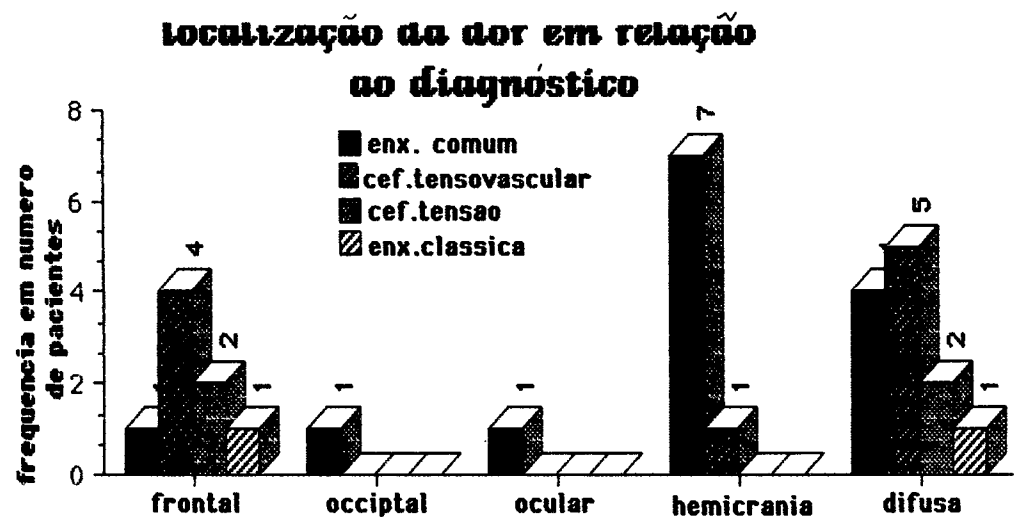


Gráfico IV

Relação da localização da dor com o diagnóstico

No Gráfico V podemos observar a característica da dor em relação ao diagnóstico.

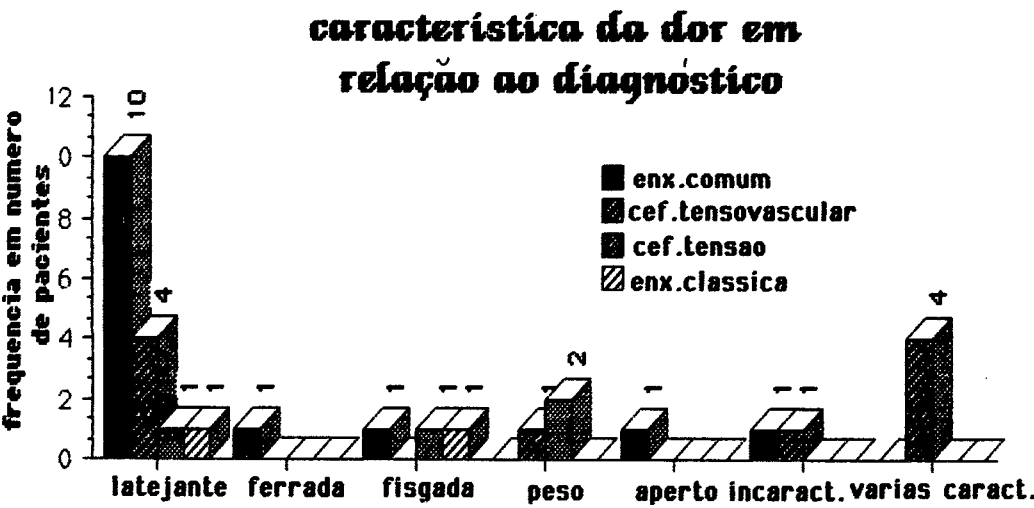


Gráfico V

Característica da dor em relação ao diagnóstico

DISCUSSÃO

O Comitê Internacional de Classificação de Cefaléia da Sociedade Internacional de Cefaléia (CICC), propõe uma extensa série de diagnósticos, que a primeira observação impressiona e até confunde aquele que inicia-se neste estudo. No entanto o diagnóstico de cefaléia divide-se basicamente nas cefaléias de tensão, enxaqueca e suas variantes, aquelas associadas com alguma outra patologia (como por exemplo infecção), e aquelas associadas com alguma lesão estrutural do sistema nervoso central (5).

Apesar de nossa pequena casuística, que não apresenta significância estatística adequada, a coleta de dados foi realizada de forma prospectiva e sistemática, com os resultados aproximando-se razoavelmente da literatura (2).

Sabemos que os quadros de enxaqueca e cefaléia de tensão são indiscutivelmente os mais frequentes na população, que a prevalência é maior nas mulheres, ocorrendo principalmente na faixa etária hormonalmente ativas (4), o que coincide com os dados colhidos na nossa casuística.

A chave diagnóstica em cefaléia é sem dúvida a história do paciente. Fatores importantes incluem a duração da queixa, a idade de início do sintoma, o perfil temporal da dor, fatores que exacerbam e aliviam a dor, característica e localização da dor, e a constância da dor (2).

Em razão das conhecidas dificuldades de acesso dos pacientes previdenciários às consultas com especialistas, era de se esperar que a maior parte dos nossos pacientes tivessem que aguardar um grande tempo para sua consulta, o que deve ter contribuído de certa forma para a cronicidade do sintoma. Segundo informação do serviço de marcação de consultas do Hospital Universitário, o tempo médio de espera para consultar com um especialista é de 3 meses, que é bem aquém do tempo de evolução da doença na maior parte dos pacientes. Tivemos alguns pacientes que foram atendidos no lugar de outros previamente marcados que não compareceram a sua consulta (informação não sistematicamente coletada).

Tivemos dificuldade em definir o diagnóstico em vários casos de cefaléia crônica. Diz a literatura (5) que aqueles que apresentam cefaléia diária e contínua, com outras características na história são portadores de cefaléia de tensão muscular, e outros em que o sintoma algico é em crises são portadores de enxaqueca, e ainda aqueles com cefaléia contínua associada a crises de cefaléia mais intensa são portadores de cefaléia tenso-vascular (associação entre cefaléia de tensão e enxaqueca). No entanto vimos vários pacientes em que esta separação foi difícil, por apresentarem cefaléia em crises diárias, ou terem cefaléia contínua com períodos de maior intensidade, sem no entanto caracterizar uma crise. Comenta o CICC que muitos pacientes com enxaqueca, no decorrer da evolução de sua doença, passam a um quadro de cefaléia de tensão crônica, e outros com cefaléia de tensão episódica evoluem com frequência para cefaléia de tensão crônica.

Dez pacientes da nossa casuística receberam diagnóstico de cefaléia tenso-vascular, por apresentarem a associação de um quadro de dor diária e também crises de cefaléia importante frequentemente acompanhado de outros sintomas (náuseas, fotofobia, fonofobia, etc.). Aqueles com enxaqueca comum tinham um quadro de evolução de anos. Outros quatro receberam o diagnóstico de cefaléia de tensão, pois não havia associação de crises de dor.

O CICC refere a associação de cefaléia de tensão com enxaqueca (cefaléia tenso-vascular) como um quadro frequente, mas considera difícil a sua separação como entidade diagnóstica, e recomenda que estes pacientes sejam classificados como portadores de dois diagnósticos (5). Em nossa casuística optamos pela utilização do diagnóstico de cefaléia tenso-vascular para que houvesse uma maior uniformidade dos diagnósticos, o que é aceito por outros autores (7).

Analisando separadamente os diagnósticos por nós proposto, vimos que na enxaqueca comum, a cronicidade da cefaléia foi de 100%, com todos os pacientes com anos de evolução de seu quadro.

Dos nossos pacientes com cefaléia de tensão, apenas um tinha tempo de evolução de meses, os com hemicrania crônica paroxística (HCP), eram portadores de dor há anos e os com "Cluster Headache" apresentavam um quadro há alguns dias. Estes últimos tiveram acesso ao ambulatório do HU ocupando vagas de pacientes que não compareceram, nesta situação em razão do quadro álgico muito intenso, os pacientes procuraram um especialista rapidamente, para um esclarecimento e solução de seu

sintoma.

A duração das crises nos pacientes com enxaqueca foi de horas em 16 casos (84,75%), caracterizando um dos critérios diagnósticos do CICC.

Sabemos por literatura (1) que a frequência das crises de enxaqueca é muito variável, com alguns pacientes apresentando uma crise em sua vida inteira e outros com crises semanais.

A localização da dor é um fator muito importante para chegarmos a um diagnóstico e este enquadra-se dentro dos critérios diagnósticos do CICC. Na nossa população, pudemos observar que os pacientes com diagnóstico de enxaqueca comum apresentavam na sua maioria dor com localização hemicraniana. Nos com diagnóstico de cefaléia tenso-vascular, cinco apresentavam dor difusa e 4 apresentavam dor frontal e em 1 caso dor hemicranica. A relação da localização da dor com o diagnóstico foi demonstrada anteriormente no Gráfico IV. A característica da dor é outro fator importante para o diagnóstico e a relação desta com o diagnóstico está clara no Gráfico V.

Náuseas e vômitos são sintomas proeminentes nas crises de enxaqueca e são também incluídos no critério diagnóstico de enxaqueca (6). Na nossa casuística 17 pacientes (47,23%) apresentaram náuseas e 10 (27,77%) apresentaram vômitos.

A tensão e a ansiedade são fenômenos normais da vida humana, entretanto quando excessivos podem causar alterações (8,3), o corpo humano sofre e uma das consequências mais comuns do stress é a cefaléia. Encontramos a ansiedade e a tensão como o principal fator precipitante de cefaléia, ocorrendo em 41,67%

dos nossos pacientes.

Todos os pacientes com enxaqueca referiam a presença de fatores agravantes, sendo os mais comuns o barulho e a luminosidade excessiva. Este aspecto conhecido da enxaqueca não é considerado como critério diagnóstico pelo CICC.

A associação de sintomas neurológicos com a cefaléia é encontrado frequentemente na enxaqueca. Estes incluem distúrbios sensoriais, motores, de linguagem e referentes ao tronco cerebral (6). Nos nossos pacientes encontramos alguns relatos de parestesias, turvação visual, hemianopsia, escotomas, desmaio, diplopia e confusão mental em uma pequena porcentagem. Um paciente recebeu o diagnóstico de enxaqueca vértebro basilar pois referia a concomitância de tonteiras giratórias, desmaio e diplopia ao seu quadro algico paroxístico.

A hipertensão é uma causa infrequente de cefaléia. Muitas pessoas com hipertensão tem enxaqueca ou cefaléia de tensão do mesmo modo que a população normotensa, entretanto hipertensão severa pode causar cefaléia que aparece pela manhã, algumas vezes acordando o paciente (2). A frequência da hipertensão na população chega a 45% quando considerado o limite de 140 mmHg de PA sistólica por 90 mmHg de PA diastólica (10).

O exame físico revelou hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 11 pacientes (30,55%), sendo que destes 6 apresentavam HAS leve e 5 HAS moderada. Esta associação de cefaléia com HAS representa na verdade a incidência de HAS na população geral.

No exame neurológico tivemos a oportunidade de presenciar dois pacientes em crise de "Cluster Headache" e pudemos observar a síndrome de Horner (miose, ptose, enoftalmia),

além de lacrimejamento e coriza no lado da dor . Um outro paciente apresentava hemiparesia a direita como sequela de acidente vascular cerebral (AVC) no passado. No restante dos pacientes o exame neurológico foi normal.

A investigação radiológica tem sido muito utilizada para o diagnóstico de cefaléia, e em poucos casos tem sido necessária uma investigação mais sofisticada, como a tomografia computadorizada de crânio (TCC) (9). Esta investigação tem sido muito útil nos casos de cefaléias provocadas por traumatismos e tumores, mas nas cefaléias benignas pouco acrescenta para a definição de um diagnóstico. Na nossa casuística o Rx de crânio foi normal em 35 pacientes (97,22%) sendo que um paciente não realizou este exame. O exame radiológico de seios da face nos foi útil para o diagnóstico em um paciente revelando velamento e espessamento de seio maxilar direito , sendo diagnosticado sinusopatia aguda.

Em apenas um paciente foi solicitado uma investigação radiológica mais sofisticada (TCC), devido a uma caracterização clínica que sugeria a possibilidade de processo expansivo intracraniano, sem resultado até a conclusão deste trabalho.

De acordo com a literatura (1) o eletroencefalograma (EEG) não é um exame de importância na avaliação diagnóstica de cefaléia, porém a anamnese é de grande valia na interpretação do mesmo, pois certas patologias causadoras de cefaléia podem alterar o EEG como por exemplo os tumores. Por outro lado um EEG com uma alteração focal em um paciente com cefaléia tensional de evolução crônica, sem outras alterações na anamnese e exame físico, deve ser ignorado, pois não tem significado clí-

nico no caso. Em nosso estudo 26 pacientes (72,22%) apresentavam EEG normal, confirmando a inutilidade diagnóstica deste exame nos pacientes com cefaléia .

A investigação através de exames laboratorias (hemograma, VHS, bioquímica e parcial de urina) não foi útil ao diagnósticos dos nossos pacientes.

CONCLUSÃO

O estudo descritivo prospectivo de 36 pacientes portadores de cefaléia realizado no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de agosto a outubro de 1990 nos permite concluir:

1- A faixa etária predominante foi a 2ª e 3ª décadas com 41,67% dos pacientes, sendo 63,89% do sexo feminino.

2- A grande maioria dos pacientes (31 casos, 86,11%) tinha seus sintomas com anos de evolução.

3- As enxaquecas (47,23%) configuraram o diagnóstico mais frequente, seguidas pela cefaléia tenso-vascular (10 casos, 27,78%) e pela cefaléia de tensão (4 casos, 11,11%).

4- Nos pacientes estudados a história clínica foi o principal elemento diagnóstico, sendo que a investigação complementar (radiológica, laboratorial e eletroencefalográfica) não trouxe elementos diagnósticos na maioria dos casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADANS, R.D. and VICTOR, M. Principles of neurology
Fourth edition. New York, McGraw-Hill, 1989.
2. EDMEDS, J. Headache and facial pain. p.1917-1923.
In STEIN, J.H.(eds) Internal medicine. Little
Brown, third edition.1990.
3. LAZARUS, R.S, LAUNIER, R. Stress-related
transactions between person and enviroment. In
PERVIN, L.A. and LEWIS, M.(eds). Perspectives in
international psychology. New York, Plenum Press,
1987.p287-327.
4. OLESEN, J. Some clinical features of the acute
migraine attack. An analisis of 750 patients.
Headache 18:268-271,1978.
5. OLESEN, J. Classification and diagnostic criteria
for headache disorders, cranial neralgias and
facial pain. First edition, Copenhagen, Denmark,
B.Stougard Jesen,1988.
6. PEATFIELD, R. Clinical features of migraine and
other headache. In PEATFIELD, R (ed). Headache.
Berlin, Springer Verlag, pp 55-80, 1986.
7. PORNER, J.B. Headache and others head pain. In
CECIL'S textbook of medicine. WB Saunders,
Philadelphia, 18th edition, pp2129-2137,1988.

8. SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138:30-36, 1936
9. TILDS, B.N. et alii. The diagnostic value of high resolution computadorized tomography in post-traumatic head pain patients. *Headache* 8:117-121, 1986.
10. WILLIAMS, G.H. and BRAUNWALD, E. Hipertensive vascular disease. p.1475-1488. In HARRISON'S principle of internal medicine. 10^o edition, McGraw-Hill, 1983.

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA (adaptado)

1- Enxaqueca

- 1.1 - Enxaqueca com aura
- 1.2 - Enxaqueca sem aura
- 1.3 - Enxaqueca oftalmoplégica
- 1.4 - Enxaqueca retiniana
- 1.5 - Complicações da enxaqueca
 - 1.5.1 - Status enxaquecoso
 - 1.5.2 - Infarto enxaquecoso

2- Cefaléia de tensão

- 2.1 - Cefaléia de tensão episódica
- 2.2 - Cefaléia de tensão crônica

3 - "Cluster Headache"

4 - Hemicrania crônica paroxística

5 - Miscelânea

- 5.1 - Cefaléia por estímulo frio
- 5.2 - Cefaléia da tosse
- 5.3 - Cefaléia do exercício
- 5.4 - Cefaléia do coito

6 - Cefaléia pós-trauma

7 - Cefaléia associada com doenças vasculares

- 7.1 - Cefaléia com Acidente Vascular Cerebral
- 7.2 - Cefaléia com Hemorragia Sub-Aracnóide
- 7.3 - Cefaléia com arterite
- 7.4 - Cefaléia com dissecação carotida ou vertebral
- 7.5 - Carotidinia

- 7.6 - Cefaléia com trombose venosa
- 7.7 - Cefaléia com hipertensão arterial

8 - Cefaléia associada com doença intracraniana não-vascular

- 8.1 - Hipertensão Intracraniana
- 8.2 - Hipotensão Intracraniana
- 8.3 - Infecção intracraniana
- 8.4 - Sarcoidose
- 8.5 - Neoplasia intracraniana

9 - Cefaléia associada com drogas ou com a sua retirada

10 - Cefaléia associada com infecção nao-cefálica

11 - Cefaléia associada com disordem metabólica

12 - Cefaléia ou dor facial associada com doença do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais.

13 - Neuralgias cranianas, dor tronco nervoso e "deafferentation pain"

CEFALEIA

no. do protocolo:
no. do prontuário:

1) Identificação:

Data:

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Naturalidade:

Cor:

2) Anamnese:

2.1) Tempo de evolução: _____ anos; _____ meses;
_____ semanas; _____ dias.

2.2) Localização: _____ Frontal; _____ Temporal; _____ Occipital; _____ Cervical;
_____ Facial; _____ Ocular; _____ outras;
_____ Hemicrania; _____ D; _____ E.

2.3) Característica da dor (descrever quando diferente das de baixo):

(descrição do paciente)

_____ Latejante

_____ Aperto

_____ Fisgadas

_____ Peso

_____ Ferradas

_____ Pontadas

(caracterizar ao lado a localização quando unilateral)

2.4) Duração da dor: _____ (tempo)

_____ Contínua; _____ Crises;

_____ Duração habitual das crises

_____ Frequência das crises

2.5) Sintomas associados:

_____ Náuseas; _____ Vômitos; _____ Tonteira giratória; _____ Tonteira
não giratória; _____ Irritação visual; _____ Fotofobia; _____ Fonofobia;
_____ Febre; _____ Calor na cabeça;

____outros.

2.6) Sintomas neurológicos:

____ Turvação visual; ____ Hemianopsia; ____ Parestesias;

____ Diplopia; ____ Paralisias; ____ Desmaios

Aspecto temporal em relação a cefaléia do sintoma: ____ pré

____ pér

____ pós

____outros.

2.7) Fatores precipitantes:

____ Alcool; ____ Exercício; ____ Tensão, stress, ansiedade;

____ Sono em excesso; ____ Falta de sono; ____ Excesso de sono;

____ Sorvete, gelados; ____ Alimentação; ____

____ Tipo de alimentação;

____ Trauma prévio; Tipo do trauma: ____ Craniano grave (perda
consciência); ____ Craniano leve (sem perda consciência);

____ Cervical

____ Infecção; ____ Tipo da infecção.

2.8) Fatores Agravantes:

(descrição do paciente)

____ Barulho; ____ Luz, claridade; ____ TV.

3) Anamnese dirigida:

Visão: ____

Audição: ____

Dificuldades a deglutição: ____

Outros neurológicos: ____

(caracterizar o tempo e evolução)

Sintomas gerais: ____

(perda de peso, mal-estar, etc).

4) Patologias Associadas:

Presentes: _____

(H.A.S., Neoplasia, Colagenoses, etc)

Ansiedade: _____

Depressão: _____

Tratamento da patologia: _____

(referir qual patologia).

Passadas: _____

Traumas: _____

Neurocirurgia: _____

Infeções: _____

5) História Familiar

Cefaleia: _____

De outras
patologias: _____

6) Tratamentos anteriores da cefaleia:

Medicamentoso (Droga, tempo,
dose): _____

Fisioterapia: _____

Acupuntura: _____

Homeopatia: _____

Outros: _____

7) Exame Físico Geral:

7.1) Estado geral: _____

7.2) Frequência cardíaca: _____

7.3) Pressão arterial: _____

7.4) Mucosa/pele: _____

7.5) Peso: _____

7.6) Ausculta cardíaca/pulmonar: _____

8) Exame Neurológico:

8.1) Mental(lúcido, orientado): _____

8.2) Memória recente(subjetiva): _____

8.3) Memória fixação(21,50,78,14): _____

(Brasília, B.H., S.P., Chapecó): _____

8.4) Cálculos(100-7): _____

8.5) Atenção(palavras comecem com S, 12/min): _____

8.6) Julgamento(quem não tem cão, caça com gato; mais vale ter um
passaro na mão que dois voando): _____

8.7) Afeição: deprimido: _____; ansioso: _____; eufórico: _____;

apático: _____; irritado: _____;

normal: _____

8.8) Nervos Cranianos:

I- (questionar olfação): _____

II- Acuidade: _____ D, _____ E, _____ usa óculos?,

_____ grau D, _____ grau E, _____ problema.

Campimetria confrontação: _____ D, _____ E.

Fundoscopia D _____

E _____

Reflexos Fotomotores: direto D _____, consensual D _____

esquerda E _____, consensual E _____

III-IV-VI

Oblíquos:

Retos mediais:

Retos superiores:

Retos laterais :

Retos inferiores:

Pupilas
R. acomodação/convergência
Estrabismo congênito
adquirido
Diplopia

V
Sensibilidade face
Mastigação

VII (mímica facial): Assimetria: _____
músculo fraco: _____

VIII
Audição
Vertigem

IX-X
Palato
R. nauseoso

XI
Esternocleido
Trapezio

XII
Língua

8.9) Manobras deficitarias
M. superiores
M. inferiores

8.10) Tônus
Movimentação Passiva

8.11) Coordenação
Index-naso
Calcâneo Joelho-tornozelo

8.12) Reflexos (presente P, Exaltado E, Abolido D) Esq/Dir

Mandibular

Estilo-radial

Biceptal

Triceptal

Patelar

Aquileo

Cutâneo-plantar: Flexão/Extensão/Indiferente

8.13) Força:

Membros Superiores_____

Membros Inferiores_____

8.14) Sensibilidade:

Superficial:_____

Profunda:_____

9) Investigação:

Radiografias:

Crâneo: _____

Seios da Face: _____

Cervical: _____

Tórax: _____

Outras: _____

E.E.G.: _____

TCC
UFSC
CM
0226

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0226

Autor: Vieira, André Marq

Título: Cefaléia em ambulatório de neuro



972814551

Ac. 253415

Ex.1 UFSC BSCCSM